

## 재난적의료비 ☐ 지급 ☐ 부지급 결정 통보서

| 접수번호    |      | 신청일자    |  |  |        | 년 | 월 | 일 |
|---------|------|---------|--|--|--------|---|---|---|
| 환자      | 성명   | 생년월일    |  |  |        |   |   |   |
|         | 주소   |         |  |  |        |   |   |   |
|         | 전화번호 | 휴대전화    |  |  |        |   |   |   |
| 의료기관    | 명칭   | 기호      |  |  |        |   |   |   |
| 입원개시일   |      | 질병 · 부상 |  |  | 지원적용비율 |   |   |   |
| 지급신청 결과 |      |         |  |  |        |   |   |   |

## 재난적의료비 지급신청 결정 내역

|                                                                                      |                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">[ ] 지급</div> | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1. 귀하는 재난적의료비 지급 대상자로 결정되었습니다.

2. 확정된 재난적의료비 지원금액은 (                      원)입니다.

|                |                                                                                                                                                                    |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>[ ] 부지급</b> | <p>1. 귀하는 재난적의료비 지급신청내역 확인결과, <b><u>부지급 대상자로 결정</u></b>되었습니다.</p> <p>2. 부지급 결정 사유는 아래와 같습니다.</p> <p>[ ] 소득·재산 기준 미충족</p> <p>[ ] 의료비 부담 수준 미충족</p> <p>[ ] 기타( )</p> |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

귀하의 재난적의료비 지급신청에 대하여 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제3조제1항에 따라 위와 같이 결정되었음을 통보하여 드립니다. 공단의 처분에 대하여 이의가 있는 경우에 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내 문서(전자문서 포함)로 공단 지사로 신청하시면 됩니다. 다만, 처분이 있는 날부터 180일이 지나면 제기 불가함을 알려드립니다.

『도』
『하』
『의』

담당자 :        지사        급        (전화번호:        )

국민건강보험공단 이사장

※ 궁금하신 사항에 대해서는 담당자에게 문의하시면 자세하게 안내해 드리겠습니다. (공단 대표전화 ☎ 1577-1000)